

【第11回 日本リビングウィル研究会】

テーマ「新しいリビング・ウィル—自分らしい最期と看取り」

日 時：2022年11月19日（土）13：00～16：30（会場&オンライン）



■コーディネーター

満岡 聡（満岡内科クリニック院長、日本尊厳死協会理事）

■講師（発言順）

岩尾總一郎（日本尊厳死協会理事長、医学博士）

満岡 聡（満岡内科クリニック院長、日本尊厳死協会理事）

長尾和宏（長尾クリニック名誉院長、日本尊厳死協会副理事長）

近藤和子（看護師、マザーリング&ライフマネジメント研究所長、
日本尊厳死協会理事）

川名理恵子（元横須賀市健康部副部長、横須賀市シルバー人材センター理事、
日本本尊厳死協会理事）

北村義浩（日本医科大学医学教育センター特任教授、日本尊厳死協会専務理事）

友納理緒（参議院議員、弁護士、看護師、保健師、日本尊厳死協会理事）

■開会のあいさつ（岩尾總一郎）

「まずリビング・ウイルを残すこと」



3年ぶりに会場での開催となりました今回のテーマは「新しいリビング・ウイル—自分らしい最期と看取り」です。この3年、私たちは新型コロナウイルス感染症という未知のウイルスとの闘いに翻弄されてきました。人との触れ合い、地域を移動すること、身近に充実した医療があること、こうしたことは、じつは当たり前のことではなく、幸運に恵まれた状態だったと思い知らされたわけです。

コロナ前とコロナ後、人生の最終章のあり方も大きく変わりました。コロナ後の2回のオンラインでの研究会を通して、どのような状況においても人の尊厳は自己決定と深く結びついていて、かつ周囲の理解と共有がその実現に欠かせないということが確認されました。そして、この周囲の理解と共有には「人生会議」が有効です。しかし、人生の幕引きという人生最後の決定は、最初から「みんなで一緒に考える」のではなく「自分はどうしたいのか」を静かに落ち着いて考え、それをまずリビング・ウイルに残すことから始めるのが肝要です。このコロナで経験した通り、人は突然意思を表明できなくなることがあります。事故や脳出血などのケースも稀ではありません。

尊厳を保つための「自己決定」と「周囲の理解と共有」。この新しいリビング・ウイルは、今の時代に受け入れられるために改訂されました。今回は新しいリビング・ウイル誕生の理由や期待される効果、日本での実情や海外での状況などを、さまざまな角度からお届けしたいと思います。

■コーディネーターによる概要説明（満岡 聡）

「社会情勢の大きな変化を受けて」



今回なぜ改訂に至ったのかなどについてお話しします。協会創立 46 年が経過し、尊厳死や終末期医療をめぐる社会情勢は大きく変化しました。まず高齢社会の到来です。高齢化率は創立時 7.9%でしたが 2022 年には 30%と約 4 倍になっています。そして認知症患者の急増、少子化による独居・二世帯の増加、社会的孤立、孤独死、貧困率の増加、海外での安楽死の容認国・地域の増加、さらにコロナ禍によって医療崩壊が起これ、延命措置の拒否どころか必要な救命救急医療すら受けられないという問題が生じ、命の選別が行われる事態になった、などがあげられます。

社会の変化

- ・ 高齢化社会の到来（高齢化率1975年7.9%→2020年28.4%）
- ・ 認知症患者が急増、要介護者も増加し、多死社会となった。
- ・ 少子化のため、独居、二世帯の増加、社会的孤立、孤独死
- ・ 貧困率の増加：高齢者世帯の27%が貧困（2016年）
- ・ 医療技術の進歩により、それまで回復不能とされてきた病気や障害での生命維持や回復も可能となってきた。
- ・ 海外では安楽死の容認国、地域の増加 国内にも安楽死希望者が存在、海外で安楽死をする日本人も出てきた。
- ・ コロナ禍により、医療崩壊が生じ、望まぬ医療ケアを受けることより、必要な救命救急医療すら受けられない問題が生じ、選別が行われることとなった。

リビング・ウィルをめぐる社会情勢の変化

1. 価値観の変化：長く生きる（生存）ことよりそのQOLが大事。
DNAR（蘇生措置拒否）はもはやスタンダード
2. 緩和ケアの普及
がんも非告知から告知して治療することがスタンダード
3. 治療方針決定方法の変化
父権主義（パターナリズム）からインフォームド・コンセント
そしてACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議）へ
2018年厚労省による「人生の最終段階における医療の意思決定プロセスに関するガイドライン」の発表 ⇒ ACPの導入
4. 終末期治療に関するガイドラインの変化
治療の差し控えも選択肢としてあげられることとなった。
→医者も患者も、一人で決めることから対話を行い、関係者で
共有意思決定（Shared Decision Making）する方向へ

リビング・ウィルをめぐる社会情勢も変化しました。まず価値観の変化です。長く生きる

ことよりその質（QOR）が大事で蘇生措置拒否はもはやスタンダードという考え方が広まりました。また緩和ケアの普及により、がんも非告知から告知して治療する時代になりました。さらに治療方針決定方法の変化もあります。昔は「先生にお任せします」でしたが、その後、インフォームドコンセントから ACP へ移行してきています。また終末期治療に関するガイドラインも変化し、治療の差し控えも選択肢にあげられるようになりました。以上を総括しますと、医者も患者も一人で決めることから、対話を行い関係者で共有意思決定をする方向に向かっているということがいえます。

リビング・ウィルに対しては批判もされてきました。救急医からは「リビング・ウィルがあるために救急救命措置が拒否される」とか、法制化に関して ALS 協会からは「法制化されればリビング・ウィル作成を強いられ、のちに治療を望む気持ちになってもそれを伝えることが困難になるため生存を断念する方向に向けた無言の圧力を受け続ける」とかの批判です。

アメリカでの「事前指示に関するサポート研究」という大規模な研究も大きな影響を与えました。事前指示書の提示によって行われた医療措置が患者の希望に一致した割合が増加したというエビデンスは見られなかったという内容です。この論文によって事前指示書が役に立たなかったというレッテルが貼られました。こうした流れを受け「患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスこそが重要」という考えに至り、ACP や人生会議が提唱されるようになりました。

これに対し協会も、時代の変化や批判に対応すべくリビング・ウィルのあり方そのものの検討を開始し、リビング・ウィルの改訂に踏み切りました。

■新しいリビング・ウィルの誕生と経緯（満岡 聡）

「ACP と共存を目指して」



日本尊厳死協会は、これまでさまざまな批判に対し誠実に対応してまいりましたが、あまりの急激な変化に対応しきれずにいました。そこで岩尾総一郎理事長が「10年後の協会について語る会」を提案し、それを受け、活発に地域活動をしていた佐賀、長崎で2016年と翌17年、会合と合宿を行いました。現状の問題点の洗い出しと今後の戦略について話し合い、リビング・ウィルについての解説と「私の希望表明書」が必要であるなどの意見が出され、それを反映することになりました。会合には60人ほどが参加され、意思決定支援などについて熱く話し合いました。医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、弁護士、アナウンサー、僧侶など多様な方々がそれぞれの立場から意見を述べ合いました。

2017年7月22日(土)～7月23日(日)

日本尊厳死協会 リビング・ウィルファシリテーター養成研修会

グループワーク：

理想の事前指示書を作るとしたら何が必要か？



医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、
ケアマネジャー、アナウンサー、
弁護士等の多職種、約60名が参加

その後、2018年3月に、厚生労働省による「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が発表されました。ACP時代の始まりです。これは協会の「リビング・ウィル」の意義に大きな衝撃を与えました。それに対し協会は2018年7月と2020年1月に「ファシリテーター養成研修会」を行います。そこで、意思決定支援に関する座学とグループワークを行い、「ACPをいつ誰がどのように始めるのか」「意思決定支援のツールとしてリビング・ウィルをどのように活用すべきか」「意思の形成・選択・表明・実現支援を、いつ誰がどのような人を対象に行うのか。そのためにどのような仕組みを作ればよいのか」などを詰めていきました。そこで、リビング・ウィルの延長としてACPがあるのであり、「ACP

はプロセスでありリビング・ウイルはツールである」ということを確認し、共存していこうということになりました。

こうした活動と並行して協会の将来戦略についても進めていきました。2018 年に「リビング・ウイル検討委員会」を立ち上げ、協会の使命の再確認、ACP との整合性の調整、批判に対する対応の検討などを行います。哲学者や倫理学者も招いて、幅広く深く話し合いました。そして 2021 年 3 月に、検討委員会は、定款、リビング・ウイル本文、リビング・ウイルの形式の変更まで踏み込んだ答申を提出し、6 月に全国の支部長なども含めた合同検討委員会により修正改訂案を採択。2021 年 11 月の理事会で承認され、この 2022 年 11 月から「改訂版リビング・ウイル」が実施され、10 月号会報で大きく取り上げ、会員の皆さんに告知いたしました。

新

リビング・ウイル -Living Will-
～人生の最終段階における事前指示書～

この指示書は私が最後まで尊厳を保って生きるために私の希望を表明したものです。
私自身が撤回しない限り有効です。

- 私が死に就いている場合や意識のない状態で長く続く場合は、死期を引越さず（延命治療）は希望しません。
- ただし私の心や身体を痛めたり苦しい状態を緩和するための医療ケアは、医師が判断をのべて充分に行ってください。
- 以上の2点を私の代諾者や医療・ケアに関わる関係者は繰り返し話し合い、私の希望をかなえてください。

私の最期を支えてくださる方々に深く感謝し、その方々の行為一切の責任は私自身にあることを明記します。

必須記入項目

▼申込者

氏名(自署)	フリガナ	記入日	西暦	年	月	日
性別	男・女	生年月日	西暦	年	月	日
住所	〒	〒	〒	〒	〒	〒
メールアドレス						

▼署名(立会人)(私の意思でこのリビング・ウイルに署名したことを証明する人。委任者がいない場合は書かなくて良いです。)

氏名	氏名の関係
1. 氏名	氏名の関係
2. 氏名	氏名の関係

▼任意記入項目

▼かかりつけ医

医師名	医療機関名
連絡先	

▼ケアマネジャーなど

氏名	氏名	氏名
連絡先		

現行

リビング・ウイル - Living Will -
～終末期医療における事前指示書～

この指示書は、私の権利が尊重される状態にある時に私の希望を表明したものです。
したがって、私の権利が尊重されない状態にある時に私自身が撤回する。または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

- 私の権利が、現代の医学では不可能な状態で、死に就いていないと判断された場合には、たとえ死に就いていない状態でも死に就くための医療ケアは希望しません。
- ただし私の心や身体を痛めたり苦しい状態を緩和するための医療ケアは、医師が判断をのべて充分に行ってください。
- 以上の2点を私の代諾者や医療・ケアに関わる関係者は繰り返し話し合い、私の希望をかなえてください。

私の最期を支えてくださる方々に深く感謝し、その方々の行為一切の責任は私自身にあることを明記します。

必須記入項目

▼申込者

氏名(自署)	フリガナ	記入日	西暦	年	月	日
性別	男・女	生年月日	西暦	年	月	日
住所	〒	〒	〒	〒	〒	〒
メールアドレス						

▼署名(立会人)(私の意思でこのリビング・ウイルに署名したことを証明する人。委任者がいない場合は書かなくて良いです。)

氏名	氏名の関係
1. 氏名	氏名の関係
2. 氏名	氏名の関係

▼任意記入項目

▼かかりつけ医

医師名	医療機関名
連絡先	

▼ケアマネジャーなど

氏名	氏名	氏名
連絡先		

① ぜい記入していただきたい必須項目ですが、どうしても適任者がいない場合は書かなくても構いません。

② 申込者からみた関係（続柄）です。

③ 任意項目は、変更があっても、そのつど書き替える必要はありませんが、希望される方は書き替えてください。

④ すぐに連絡がつく携帯番号の記入をおすすめします。

【ポイント】

- かつては「植物状態」と表現され、何本ものチューブにつながって意識もありませんまま生きる、人間の尊厳を傷つける状況が多かったため、特にこの病態を取り上げていました。しかし「新」では、第1法案の「意識のない状態が長く続いた場合」に含めました。

【新リビング・ウイルのポイント】

- 「終末期医療」から「人生の最終段階」へ、より広範な状況をカバーできるように変更しました。
- 身体だけでなく精神的・社会的苦痛を含めた、全人的・総合的な緩和ケアを希望する文章にしました。
- 家族の同意など、自律性を妨げる表現は使わず、あくまでも自己決定した意思を支えてほしいという表現にしました。

「現行」のリビング・ウイル・会員証も十分に有効で、そのままお使いいただけますが、書き替えおよび再発行をご希望の方は11ページをご覧ください。

改訂前との違いのポイントは、①遷延性意識障害という言葉削除したこと、②肉体的な苦痛のみならず心の苦痛、緩和ケアという言葉を導入したこと、③麻薬を誤解のないように医療用麻薬に変更したこと、④ACPによる共有意思決定の概念を導入したことなどです。そして最も大事なことは、事前指示書の3点目に書いてある「私の代諾者や医療・ケアに関わる関係者は繰り返し話し合い、私の希望をかなえてください」という文言です。気持ちは変わるものですので、繰り返し繰り返し話し合い、その時の本人の希望に沿う、ということを確認

6

しました。

11 月から実施しました改訂版リビング・ウイルは、「リビング・ウイル本体」と「私の希望表明書」「リビング・ウイル作成にあたって」「大切な用語の説明」を全体として「リビング・ウイル」としています。以上、改訂版リビング・ウイルの誕生と経緯、その活用などについて簡略にご説明いたしました。

■日本の看取りの現状（長尾和宏）

「書かなければ何も始まりません」

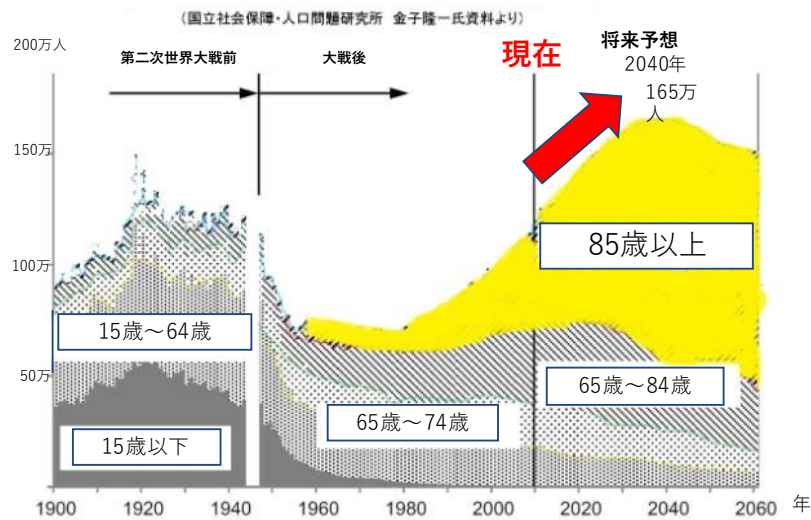


私は尼崎で町医者をしておりまして、2 日に 1 人ほどの割合で看取っています。在宅で、全員が尊厳死です。私や在宅看取りを行っている方にとっては「在宅」は当たり前ですが、残念ながら日本では当たり前ではありません。そこで「リビング・ウイル」があれば皆さんの希望がかないうすいということを力説したいと思います。それには、関係者と十分な「人生会議」をすることが大事になります。

ここで少し、映画「痛くない死に方」について話しますが、これは私の原作で、尊厳死・リビング・ウイルを正面から扱った映画です。高橋伴明監督の作品で、2019 年、コロナの前の夏に撮影され、コロナ禍のなかで上映されました。よくできていますので、尊厳死・リビング・ウイルを深く理解されるために、ぜひご覧ください。

さて、これから日本で何が起こってくるのでしょうか。現在、高齢化率は 30% 近くになっています。85 歳以上で亡くなる方が激増してきます。ピークは 2040 年。これから 20 年近く、大変な時代が続きます。今、年間 130 万人くらいがなくなりますが、2040 年には 165 万人と推計されています。

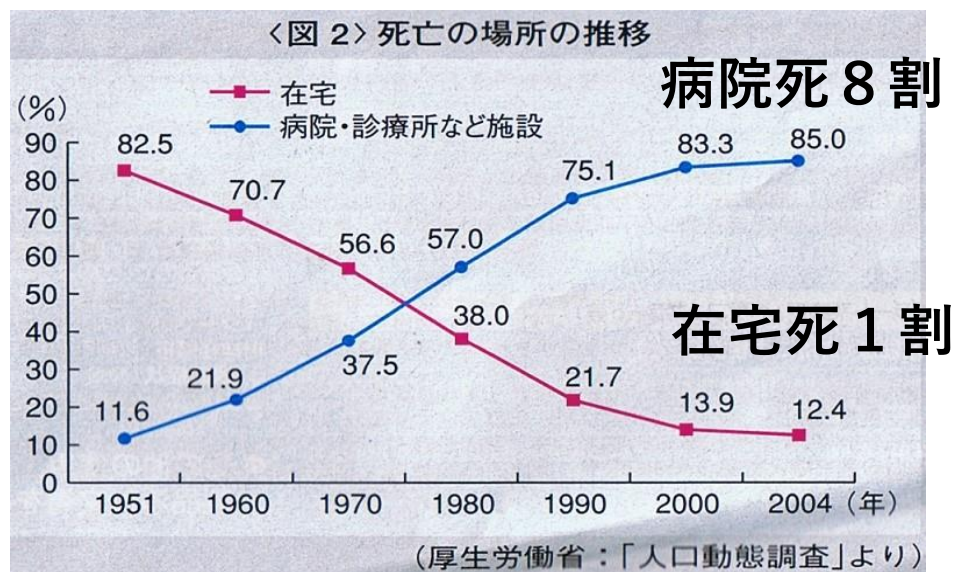
死亡者数推移（世代別）



この急こう配は人類史上、極めて稀有なことです。この急こう配を、日本はどう乗り越えていくのか。85 歳以上のこうした方々にどういう医療措置を行うべきなのか。さまざまな価値観にどう対応するのか。例えば 95 歳になって人工透析をするのかどうか。本人は「もう要らない」と言っても、ご家族が「やって下さい」という場合、どうすべきなのか。そういう局面が増えてくることが予想されます。これまで経験したことのない世界に突入するんだということをご理解いただきたい。その場合大事なのは、やはりしっかりと「本人の意思」なんです。リビング・ウィルを書いておけば、医療者も救われますし、書いて無ければとりあえず管をつないで「延命」することになります。現状ではそうするしかありませんから。

病院でも「尊厳死」ができるところがありますが、以前、大学病院にアンケートをとったところ「尊厳死できます」との回答は 1 か所だけでした。慢性期病院（老人病院）では少しずつ理解が深まってきているようです。病院でも尊厳死できるところがあり、増えてきつつあるんだということを知っておいてください。おおざっぱに言いますと、在宅では尊厳死できるが、病院ではなかなか難しいということ。地域によって差はありますが、現在、病院死が 8 割、在宅死が 1 割という調査があります。残りの 1 割は介護施設での看取りです。在宅死は 1951 年には 8 割強、病院死が 1 割強でしたが、それが逆転したのは 1976 年。まさにこの尊厳死協会が創立された年です。アジアで最初に交わったのが日本で、次に韓国、台湾と続きます。

逆転したのは、1976年＝昭和51年！



さて、この8割強が病院死という国は日本だけです。フランスは58%、スウェーデン、オランダは約4割です。こういう現実に対して日本国民の意識は、6割の方が自宅で最期まで療養したい、と答えています。6割が希望し1割しか実現できていない、というのが現状です。

ここで言えることは、繰り返しになりますが、リビング・ウイルを書いておくこと。そうすれば希望がかなう確率が高くなるということをぜひ、知っておいてください。まず書いてから考える、でいいと思います。書かなければ何も始まりません。書いてから、本人の意思を忖度しながら繰り返し話し合う—これが大事なんです。

■「小さな灯台プロジェクト」について（近藤和子）

「誰かの体験がきっと誰かの助けになる」



このプロジェクトは日本尊厳死協会の独自事業として、2021年12月に「暗い海に放り出された小舟に、光を届ける灯台でありたい」との思いから一般公開した特設のウェブサイト—人生の最終段階における医療選択のための意思決定支援サイト—です。

終末期医療に関するさまざまなケースをデータベース化し、それを利用者が閲覧することで、考え方の幅を広げ、理想の最期を自分で思い描くことができるようにする、そういう目的をもっています。会員の皆さんからの体験談を整理して、尊厳死協会からのコメントとともに伝える情報サイトです。

このサイトの特徴は「看取りのエピソード」です。開設して1年が経ちますが、エピソード数は190件に達しています。誰かの体験がきっと誰かの助けになる、との強い思いが支えています。人は決断を迫られた時に「他の人はどう決断しているんだろう」と思いますよね。その決断の背景を知りたくなります。そうした思いにピンポイントで対応するサイトともいえると思います。テストサイト公開時のアンケートですが、閲覧者の9割以上の方が「尊厳死協会への理解が深まった」と回答しています。アクセス数も伸びており、9月には月間18000PVを超え、私たちは力を得ています。

死に対する想いは元 気なうちに話してお くべきです	母の姿を思い出し、 つらい毎日です
痛みが緩和さ ったことが残念	
看取りのエピソード 記事数 185件 (2022年10月現在)	
リビング・ウィルは お守り袋のようで手 放せません	私が殺したことになる 「しょ」と言ったら「そ は違う」と言ってくだ いました
救急隊員にリビン グ・ウィルを伝える ことができました	

では「看取りのエピソード」の中に何が書いてあるかですが、看取りに対するさまざまな葛藤が書かれています。命を絶つ選択、決断を迫られる怖さ、ほんとうに良かったのか、あれで良かったのか、などのまさに葛藤です。例えば 99 歳のお母さんを看取られた娘さんは、「いくら母の意思とはいえ一切の延命措置を断るのは非常につらい選択だと思いました」と書いています。

こうしたエピソードに協会はどんなコメントを返しているのかというと、どのケースにも「前向きな意思決定ができたこと」を称え、お一人お一人に寄り添う言葉を返しています。答えに正解はありません。ただ寄り添う言葉が必要なのです。

どうぞ、お手元のスマホで、「小さな灯台プロジェクト」のサイトを開けてみてください。会報にも毎号、掲載していますのでご覧ください。今後とも、このサイトをよろしく願いいたします。

■自治体だからできること、やるべきこと～横須賀市の事例から～(川名理恵子)

「話し合える場づくり雰囲気づくり」



私は 38 年間、横須賀市の職員として、さまざまな事業を担当してきました。そして最後の 8 年間、医療政策の担当として在宅医療の推進、在宅看取りのできるまちづくりに携わりました。その経験をもとに、特に「リビング・ウイル」の普及活動などについてお話しさせていただきます。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。**



この図は地域包括ケアシステムを描いたものです。今、全国の自治体が「住み慣れた地で最期まで暮らせる」まちづくりを推進し、横須賀市もいち早く取り組んでいます。医療と介護を受けながら最期まで暮らすためにはどうするか。それにはまず自分たち自治体の姿を知ること、つまり自治体独自のデータを収集分析し課題を抽出することです。横須賀市も高齢化が進み、死亡数も増えていきます。現在、亡くなる場所は圧倒的に病院ですが、最期の療養場所の希望についてアンケートを取りますと、6割の市民が「できれば自宅で療養したい」という結果でした。こうしたことから2011年に在宅療養、在宅看取りの体制づくりに着手が必要」ということになり、2011年度から在宅療養の体制づくりに着手してし、まず医療関係者、福祉関係者等の連携を深め、関係機関のネットワークの構築を目指して「在宅療養連携会議」を立ち上げました。11人でのスタートでした。大事なのは「関係職種が対等な立場で話し合える場づくり、雰囲気作り」です。医療関係者の間には、見えないヒエラルキーがあるように思うんですが、それを取り払うことが重要なんです。

その連携会議で抽出した課題は、①在宅看取りなどについて市民に理解してもらう必要がある、②関係職種が連携できていない、③近い将来、在宅医が不足する、④人材育成やスキルアップが必要、⑤自宅の準備ができないうちに退院してしまう、などでした。今日はリビング・ウィルが課題ですので、①の市民啓発のための取り組みについてお話します。



あなたの意思を伝える“リビング・ウィル”

リビング・ウィル（Living Will）とは、現在の医療では死が避けられない状況になったときに、自分はどのような医療を受けたいのか、あるいは受けたくないのかを、あらかじめ明記しておく文書です。

たとえば、不慮の事故で植物状態になった場合やがんの末期などに「ただ単に死期を引き延ばすためだけの延命措置を希望せず、安らかな死を迎えたい」という尊厳死などの希望を書きおくことが一般的ですが、「可能な限りの延命措置や医療を受けたい」などの意思を伝えることも可能です。

日本では今のところ法的効力はありませんが、記入内容を尊重してくれ

参考

◇リビング・ウィルの例

日本尊厳死協会 ホームページ

URL http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html

横須賀市では「まちづくり出前トーク」「在宅療養ガイドブックの作成」「在宅療養シンポジウム」などを進めてきました。どこにでも出向いての出前トークでは「最期の医療あなたはどうしますか？」をテーマに対面で話し合います。「最期までおうちで暮らそう」というタイトルのガイドブック（啓発冊子）には在宅看取りをイメージできるようなストーリー仕立ての情報とともに、「あなたの意思を伝える“リビング・ウィル”」と題して、リビング・ウィルがどんなに大事か役に立つか、を説明していますが、なかなか伝えきれませんので、文末にリビング・ウィルの例として、日本尊厳死協会のホームページを案内しています。また、ご自身の最期について考えたり、ご家族と話し合ったりするきっかけとなるよう「横須賀版リビング・ウィル」も作成しました。

こうした活動によって、横須賀市民の死亡場所が少し変わってきました。病院が減って自宅が増えてきたのです。自宅死の割合は、数年前の統計ですが、人口 20 万人以上の都市で全国でトップでした。以上、横須賀市の活動についてかいつまんでご紹介させていただきました。

■カナダの安楽死の現状と将来（北村義浩）

「医療介助死（MAID）を受ける権利」

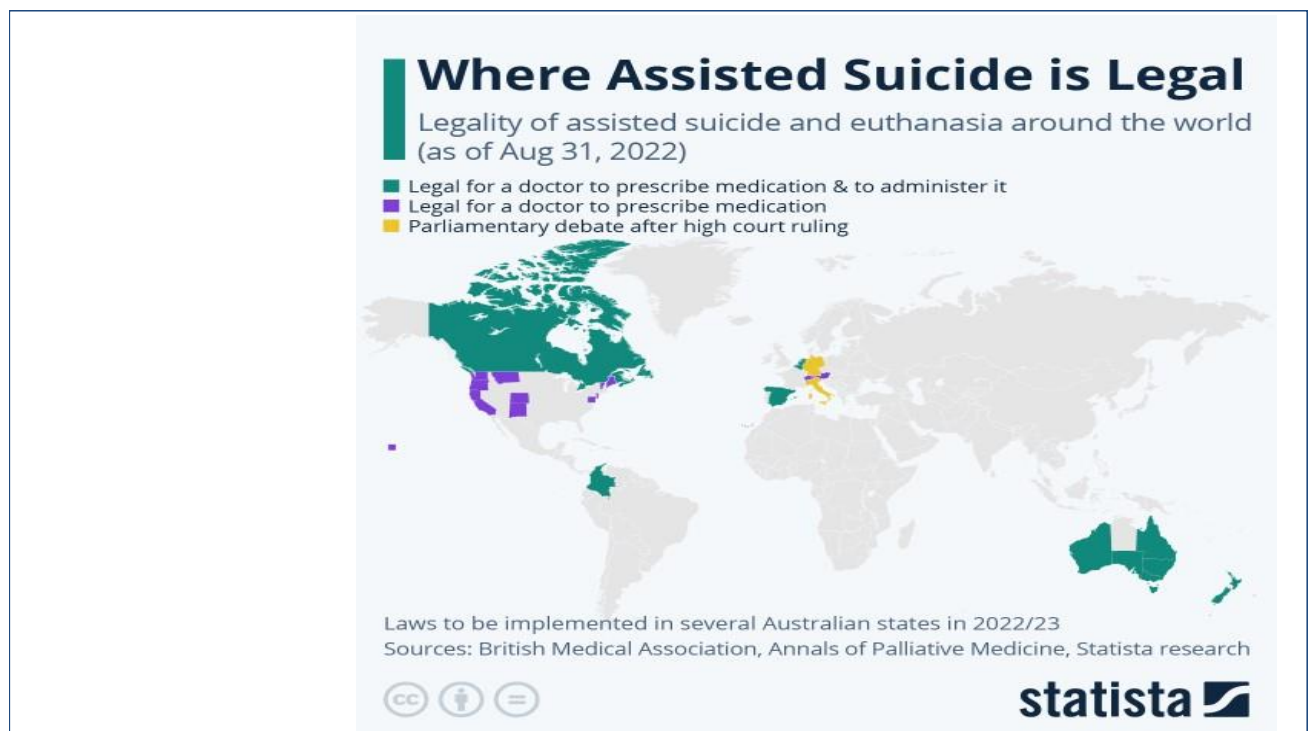


先日カナダで行われた学会で、いろいろな方と知見を共有することができました。

さて今回のテーマ「安楽死」ですが、現在世界で「医師が幫助する」という形でご臨終を迎えることができる国はたくさんあるわけではありませんが、その一つがカナダです。臨終を迎えることができるためには、カナダではさまざまな権利やサービスが手に入る形になっています。まず事前指示書、リビング・ウィルの権利が保障されています。将来のケアに対する希望を表明し文書化する権利があるということ。そしてその内容が、現行法の範囲内でその希望が明確に述べられている限り、それに従わせる権利があるということ。

次に「治療の権利」として、医療行為を受ける権利、拒否する権利、中止する権利、そしていつでも考えを変える権利が保障されています。また、拒否や中止が健康を害したり死につながったりするとしても、それを実施する権利が保障されているということ。

それから意外に大事なことです「飲食中止の権利」もあります。人工的な手段による栄養・水分補給を拒否する権利ですね。「人工的」とはチューブを使って口から入れることで、胃に直接流し込む胃ろうも人工的ですね。さらに通常の経口による摂食・飲水を拒否する権利もあります。これはおそらく日本でも違法ではないと思われます。



そして今日これからお話しする「医療介助死 (MAID) を受ける権利」です。MAID (メイド) とは medical assistance in dying の略、つまり臨終における医療介助、医療介助による臨終ということですね。MAID には歴史があります。2016 年 6 月に「医療介助による死に関する法律」が施行され、医療介助死が合法となりました。しかしこれはあくまでも、「死期が合理的に予見可能な場合のみ」と限定されていました。「余命 1 か月」とかの人で、多くの場合、がん患者です。そして 2021 年 3 月には新法案「臨終における医療介助」ができ、死期が合理的に予見可能であることの要件が廃止されました。予見できなくてもいいということになりました。また精神疾患が根底にあって MAID を希望する人にもその権利を与えようとなりました。ただし 2 年間に法律も医療体制もしっかり整備するということになってます。

MAIDの方法 2つ

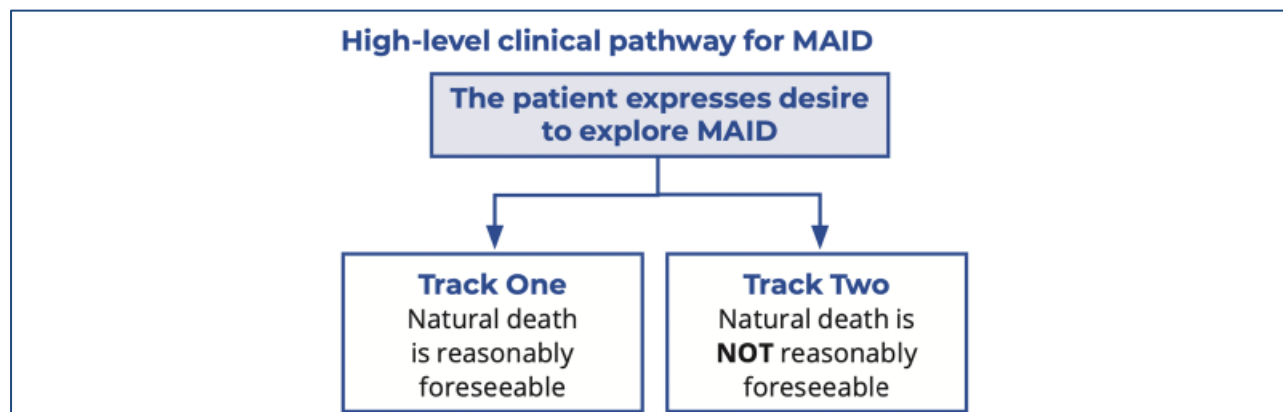
- 医師または看護師が、患者に死をもたらす物質を投与する
- 医師が、死をもたらす物質を患者に処方する： 患者自身で自己投与する

MAIDの対象

- 18歳以上カナダ国民
- 医療に関する意思決定が可能
- インフォームドコンセントを得る
- 「深刻かつ回復不能な医学的状態」と診断
 - 重篤かつ不治の病（または障害）
 - 不可逆的な能力の低下が進行している状態
 - 耐え難い肉体的または精神的苦痛を経験しており、その苦痛が本人が許容できると考える条件まで緩和されないこと。
- ただし精神疾患だけを有する患者： 2023年3月17日までは除外

MAID の方法は2つあります。①医師または看護師が患者に死をもたらす物質を投与する、②医師が死をもたらす物質を患者に処方する（患者自身で自己投与する）。最後のボタンを押すのが医師なのか患者なのか二通りあるということです。その MAID の対象は 18 歳以上のカナダ国民で、医療に関する意思決定が可能であること、インフォームドコンセントを得ること、「深刻かつ回復不能な医学的状態」と診断されていることなどの要件があります。

この MAID を受けるには、トラック①と②のどちらかに患者さんが入らなければなりません。①は亡くなる時期を合理的に推測できる方、②は亡くなる時期を合理的には推測できない方。①②の詳しい内容については表をご覧ください。



では現状ですが、2021年にカナダで報告されたMAIDに則った臨終は10064件、カナダの全死亡の3.3%、女性47.7%、男性52.3%、平均年齢は76.3歳です。②はわずか2.2%で、ほとんどが①です。80.7%が緩和ケアを受けていました。MAIDを受けた方の基礎疾患はがん65.6%、心血管系疾患18.7%などで、ほとんどががん患者でした。そしてMAIDを選んだ主な理由ですが、有意義な活動を行う能力の喪失（86.3%）、日常生活動作の能力の喪失（83.4%）、痛みのコントロールが不十分（57.6%）となっています。こうしたMAIDの実績は増えていて、2016年のスタート時には約1000件でしたが2021年には10000件を超すまでになっています。そして現在、さらに新しい法案も国会で議論されています。

最後にMAIDに至るには、自律性の尊重、差別のない医療サービス、そして事前指示書があってはじめて行われるということを申し添えたいと思います。

■参議院議員として国政の場から（友納理緒）

「終末期医療に関する法整備に取り組みます」



私はこの夏の選挙で初当選させていただきました。今後、終末期医療等に関して必要となる法整備にしっかり取り組んでいきたいと思っています。厚労省による、人生の最終段階についての意識調査を見てみますと、「人生の最終段階における医療・療養を考えたことがある人」は59.3%いますが、「話し合ったことのない人」も55.1%います。日本人はなかなか、自分の最期について話し合うことをしていない実情が浮かび上がります。

ではここで、事前指示書の必要性について考えていきます。医療の現場においては、人の生死にかかわる決定を迫られることがあります。そして延命措置や胃ろうなど、その決定を本人ができない場合に、しばしば家族や医療者にゆだねられます。しかし本人がお亡くなりになったあとに、家族や医療者にその選択が本当に良かったのかどうかの苦悩が起こることもしばしばです。そこで、本人が生前作

成する事前指示書（リビング・ウィル）の存在がとても重要になってきます。アメリカでは事前指示書の作成は法律に規定されていますが、日本には、医療に関する自己決定の権利自体を規定する法律はありません。ということから、患者の基本法、自己決定権に関する法律が必要ではないかとの議論が出てきています。事前指示書の構成としては①リビング・ウィル、②医療代理人の指名、があります。特に①は話し合いの結果・プロセスとしてのリビング・ウィルであることが重要になります。

このリビング・ウィルの重要性を前提に、終末期の法整備についてお話ししますが、本人の意思に沿った医療を提供するためには、時には「医師が患者の治療を中止もしくは差し控える行為」が介在します。人工呼吸器を取り外したり（作為）、装着しない（不作為）行為です。これは、いくら患者さんの同意があったとしても、刑法上の同意殺人罪の要件に該当する可能性があります。患者の自己決定権は憲法 13 条で保障されていますが、終末期においても尊重していくためにはどのようにすればいいのか。現在、ガイドラインはあるけれど法律がなくていいのか、といった議論が法律家の中からも上がっています。こうした終末期、尊厳死に関して何らかの立法が必要との議論は以前からあり、「終末期における本人意思尊重を考える議員連盟」もあります。野党も含めた超党派の議員連盟です。

この法律が必要かについて、皆さまと議論を深めていきたいと思います。

【解説と感想】ACPと「改訂版」の共存を確認

郡司 武（日本尊厳死協会 会報編集）

半世紀も経てば、社会情勢も人々の意識も価値観も変わります。ほぼ世代が入れ替わるということもあるのですが、「時」が「洗い直す」という側面もあるのでしょうか。さまざまな分野で見直しや改変が迫られます。

創立 46 年になる日本尊厳死協会の核心「リビング・ウィル」も同様に、取り巻く外部環境も様変わりしました。とにかく一日でも長く生きさせることが至上命題であった「命」も、長さよりまさにその質（QOR）が問われ、自身の最期のあり方についての「自己決定」という意識の高まりも、以前とは比ぶべくありません。

さらに 2018 年 3 月には、厚生労働省によって「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が発表されました。ACP時代の到来です。「人生会議」とも称される、このACPは、わが協会の「リビング・ウィル」に大きな衝撃を与えました。「人生会議があるならばリビング・ウィルは要らないのではないか」というわけです。これに対して協会は「いやいや、そうではない」と「リビング・ウィル」のあり方、存在そのものの「検討」から始め、全面的な改訂に踏み切ります。医師や看護師など医療従事者はもちろん、ケースワーカー、ケアマネジャー、僧侶や哲学者、倫理学者などにも入っていただき、幅広い議論を積み重ね、3 年を要して「リビング・ウィル」が改訂されました。これまで小さな文言の改訂はありましたが、こうした大幅な改訂は 46 年目にして初めてのことでした。

今、「検討会」の膨大な議事録を前にして、「改訂版リビング・ウィル」に反映された文言のささやかな数行に、いささか戸惑いめいたものを感じますが、多様な方々の議論の内容や経緯、過程は、今後の尊厳死協会にとって意義のあることになったのではないかと確信します。

今回の「第 11 回 日本リビングウィル研究会」のテーマは「新しいリビング・ウィル—自分らしい最期と看取り」です。会場とオンラインを併用して開かれたこの「第 11 回」は、

コロナ前の 2019 年以來、3 年ぶりの会場開催となり、尊厳死協会の理事 7 人が、それぞれの立場から、「改訂版」の誕生と経緯、日本の看取りの現状、自治体や海外からの現状報告、尊厳死法制化などを含め解説を加えています。特に北村義浩専務理事は「安楽死」がクローズアップされつつある現在、「カナダの安楽死の現状と将来」と題して、「医療介助死 (MAID) を受ける権利」について詳しく報告しています。

さて、根幹である ACP とリビング・ウィルの関係については、コーディネーターの満岡聰理事が触れているように「ACP はプロセスでありリビング・ウィルはツールである」という両者の共存を強く確認することができたのではないのでしょうか。今回の「第 11 回日本リビングウィル研究会」は、次の半世紀に向けた、また新たな一歩の始まりともなりました。